

мент нахожусь на контроле в ВОКОД. В начале сентября 2010 должен буду проходить очередное контрольное обследование.

Пациент П."

"Я находился на лечении в БСМП в 2007, 2008, 2009 гг. С одними и теми же симптомами!!! В 2007, 2008гг. - диагноз о. мезаденит, 2009 году мне был выставлен диагноз острый гангренозный перфоративный аппендицит и произведено хирургическое вмешательство. Огромное спасибо лечащему врачу С. и зав. отделением В. За их индивидуальный подход и внимание к каждому пациенту. Не часто в наше время встретишь столь отзывчивых людей, не говоря уже об их профессии. После реабилитационного периода чувствую себя хорошо. Болей в брюшной полости больше нет. Спасибо за внимание. ЭКС пациент БСМП Г."

При изучении материалов онкологического диспансера у 4 больных 392 ~ (1%) выявлены метастазы рака, у одного из семеномы.

В инфекционной больнице находились в последующем 16 человек - 4 %, наиболее частые причины госпитализации - неинфекционный гастроэнтерит - 4, инфекционный гастроэнтерит - 2, ОРВИ - 4, по 1 случаю: иерсиниоз, сальмонеллез, антирабическая вакцинация, пневмония, герпетическая инфекция. Данные женской консультации №1 г. Витебска: шесть пациенток с аднекситом; две с кистой яичников; шесть с дисфункцией яич-

ников; одна с опухолью яичника; одна с миомой матки.

Выводы.

1. Наблюдается рост заболеваемости ОМЛ, чаще заболевают женщины в возрасте 16-20 лет
2. Констатируется сезонность в динамике заболеваемости ОМЛ, которая совпадает с подъемом заболеваемостью ОРВИ.
3. Данные анамнеза, объективного осмотра, увеличение различных групп лимфоузлов, катаральные явления, УЗИ - признаки, лапароскопические признаки ОМЛ, как правило, дают основания отказаться от лапаротомии.
4. Больные острым мезентериальным лимфаденитом нуждаются в обязательной консультации инфекциониста, гинеколога и биопсии лимфоузла в случае лапароскопии.

Литература:

1. Тимербулатов, В.М. Острый мезентериальный лимфаденит в хирургической парктике / В. М. Тимербулатов, Р. Р. Фаязов // *Анналы хирургии*. - 2009. - № 1. - С. 34-40.
2. Шиленок, В.Н. Острый аппендицит / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, С.А. Жулев, Г.Н. Гецадзе // *Хирургические болезни. Избранные разделы*. - 2005. - С. 566.
3. Ковалев А.И. Острый аппендицит/ А.И. Ковалев, Ю.Т. Цуканов // *Школа неотложной хирургической практики*. - 2010. - С. 743.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ТРАВМАХ СЕЛЕЗЕНКИ

*Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я, Жулев С.А., Капустин С.В., Бородавко Н.А.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"*

Введение. В последние годы наблюдается неуклонный рост числа травм различной локализации, которые являются ведущей причиной смерти и потери трудоспособности у лиц моложе 40 лет [1]. Этому способствуют техногенные, природные катастрофы, локальные военные конфликты, транспортные и производственные аварии, криминализация общества[2]. При повреждениях живота селезенка травмируется в 10-30 % наблюдений, чаще при закрытой травме [3]. При повреждениях селезенки зачастую вынужденно выполняется спленэктомия. В настоящее время многочисленными исследованиями доказано, что спленэктомия сопровождается множеством послеоперационных осложнений, самым серьезным из которых является постспленэктомический сепсис [3]. После спленэктомии развивается состояние, определяемое как постспленэктомический синдром, который характеризуется выраженным угнетением противоинфекционного и противоопухолевого иммунитета, нарушением гемостаза, развитием анемии, что значительно ухудшает качество жизни оперированного пациента. Организм становится менее устойчивым к инфекции, легче возникают гнойные осложнения в органах.

В связи с этим сохраняющие и замещающие селезенку операции должны стать определяющими [4].

Цель. Целью работы является изучение возможности приживления и влияние функционирования пересаженной селезеночной ткани на некоторые показатели гомеостаза, реологических свойств крови, гемограммы в отдаленном периоде.

Материал и методы. В клинике факультетской хирургии за период с 2002 по 2009 год находились на лечении 284 пациента с закрытой травмой живота. Повреж-

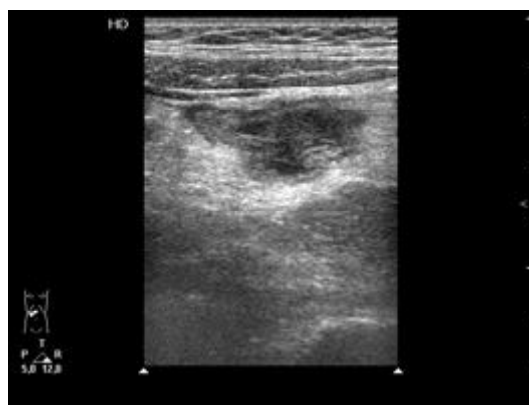


Рис.1. Через 1 месяц после операции в большом сальнике определяются две гипэхогенные структуры 27x22 мм и 18x10 мм, с неровными контурами, здесь же определяется максимальная болезненность

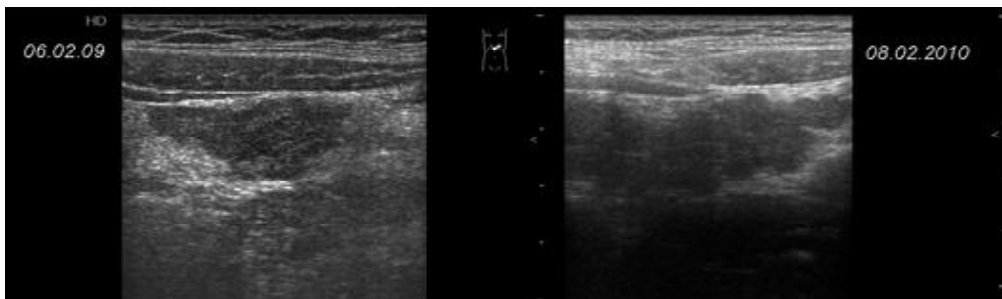


Рис.2. Через 1 год после операции: в большом сальнике у него определяется образование, напоминающее "гроздь винограда" размером 60х18х17 мм

дение селезенки было выявлено у 78 (27,5%) пациента: женщин - 27, мужчин - 51.

Аутотрансплантация селезеночной ткани проведена у 42 пациентов. Отдаленные результаты изучены методом анкетирования у 27 пациентов, амбулаторное обследование произведено у 18 пациентов, из них у 10 выполнена аутотрансплантация селезеночной ткани в дубликатуру большого сальника. Сроки после операции от 4 месяцев до 7 лет.

Результаты и обсуждение. Диагностика закрытых травм живота с повреждением селезенки основывалась на клинических, ультрасонографических и лапароскопических данных. УЗИ органов брюшной полости позволило выявить повреждения селезенки у 42 (55%) пациентов, у других пациентов окончательный диагноз был установлен при лапароскопии.

Органосберегающие операции в виде ушивания разрыва произведены у 15 (19,2%) пациентов при поверхностных разрывах капсулы селезенки, в ряде случаев с использованием препарата "Тахокомб".

У 5 пациентов произведена спленэктомия по паренхиме органа с сохранением селезеночной ткани на культе желудочно-селезеночной связки. При глубоких разрывах паренхимы селезенки, отрывах в области ворот селезенки у 63 (80,8%) пациентов выполнена классическая спленэктомия. Аутотрансплантация ткани селезенки произведена 42 пациентам, из них 40 в дубликатуру большого сальника, двум - в прямую мышцу живота. Для трансплантации использовался неповрежденный участок до $\frac{1}{4}$ объема селезенки, который измельчался до фрагментов 0,3 - 0,4 см.

При изучении отдаленных результатов после спленэктомии выявили, что все пациенты чувствуют себя удовлетворительно, трудоспособность сохранена; 8 пациентов, которым была выполнена спленэктомия без аутотрансплантации, отметили, что чаще стали болеть простудными заболеваниями, один пациент отметил частое возникновение гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки. У одного пациента, которому была выполнена аутотрансплантация ткани селезенки, указал, что после нарушения диеты, беспокоят боли в эпигастальной области (у него в послеоперационном периоде наблюдали посттравматический панкреатит).

При исследовании содержания эритроцитов (4,5-4,8х10¹²), гемоглобина (134-140г/л), сывороточного железа (16,8-19,0мкмоль/л) и ОЖСС (53,7-64,0 мкмоль/л) у пациентов после аутотрансплантации показатели оставались в пределах нормы, при исследовании показате-

лей коагулограммы отмечалась некоторая тенденция к гиперкоагуляции (АЧТВ - 32-33сек, ПТИ - 1,07-1,1).

Исследована динамика изменений при УЗИ органов брюшной полости в течение первого года. Приживление селезеночной ткани после аутотрансплантации доказано при УЗИ: через 1 месяц после операции: в большом сальнике определяются гипоехогенные структуры 27 x 22 мм. с неровными контурами (рис.1), через 1,5 месяца - гипоехогенные структуры размером 30 x 15 мм, через 1 год после операции: в большом сальнике определяется образование напоминающее "гроздь винограда" размером 60 x 18 x 17 мм (рис.2).

Факт приживания селезеночной ткани в большой сальник был визуально подтвержден во время повторной операции по поводу послеоперационной грыжи через 4 года после аутотрансплантации.

Осложнений при трансплантации ткани селезенки в дубликатуру большого сальника не наблюдалось. Некроз трансплантата произошел у 1 пациента после пересадки ткани селезенки в прямую мышцу живота. Причины некроза - слишком большой размер пересаженного фрагмента.

Выводы.

1. При удалении селезенки по поводу травм во всех случаях при отсутствии перитонита следует проводить аутотрансплантацию селезеночной ткани преимущественно в большой сальник.

2. По данным УЗИ доказано сохранение пересаженных участков селезенки с явлениями нарастания массы.

3. В отдаленном периоде после аутотрансплантации отмечается более выраженная устойчивость к простудным и гнойно-некротическим заболеваниям мягких тканей.

Литература:

1. Савельев, В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. / В.С.Савельев. - М. Изд-во "Триада-X", 2004. - 320 с.
2. Брюсов, П. Г. Хирургическая тактика у пострадавших с сочетанной травмой. / П.Г.Брюсов, В.Е.розанов // Оказание помощи при сочетанной травме. - М., 1997. - С. 64-66.
3. Дурдыев, М.Д. Аутотрансплантация ткани селезенки у хирургических больных: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Д. Дурдыев. - М., 1985.
4. Сохраняющий и замещающие селезенку оперативные пособия в хирургии абдоминальных повреждений / Р.Р.Фаязов [и др.] // Материалы XIV съезда хирургов Респ. Беларусь. - Витебск, 2010. - С. 108-109.